

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

adie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0440 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT KASS BOUJEMAA

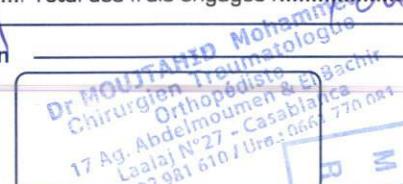
Date de naissance : 01-01-1941

Adresse : 2, Rue Ror Méditerranée, Ain Diab

Tél. : 0663058589 Total des frais engagés : 4000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/04/2022

Nom et prénom du malade : Ait Kass Boujemaa Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Amdiaq droit

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/04/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/04/2022	C3		300.00	Dr. Virginie Traouadal & El Bachir Orthopédiste
06/04/2022	rééducation générale		300.00	Dr. A. Abdellah Traumatologue
06/04/2022	cellule musico		3400.00	Dr. Virginie Traouadal & El Bachir Orthopédiste Casablanca 06/04/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX											
			MONTANTS DES SOINS											
			DEBUT D'EXECUTION											
			FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	00000000	00000000												
G	35533411	11433553												
			MONTANTS DES SOINS											
			DATE DU DEVIS											
			DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur MOUJTAHID MOHAMMED

Professeur ex: enseignant à la faculté
de médecine de Casablanca

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste :
Prothèses ,arthroscopie, chirurgie de la main
et nerfs périphériques, pathologie de sport

الدكتور محمد مجتهد

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد والأعصاب

الطب الرياضي والجراحة بالمنظار

Le :
06/04/2022

MR AIT KASS BOUJEMAA

Mr AIT KASS BOUJEMAA

Compte rendu

Opérateur : Pr Moujtahid Mohammed
Diagnostic : Gonarthrose droite
Indication : Infiltration au plasma riche en plaquette et acide hyaluronique
Prélèvement de 8 cc de sang veineux sur tube Matrix de Regen Lab.
Centrifugation pendant 5 minutes puis obtention de 6cc de plasma riche en plaquettes et HA prélevé sur seringue stérile
Nettoyage du genou droit à la Bétadine puis infiltration intra-articulaire du PRP-HA
Pansement

Professeur MOUJTAHID Med
Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie de Sport - Arthroscopie
Chirurgie de la Main des Nerfs
Périphériques
Casablanca - GSM 061 77 00 81

Docteur MOUJTAHID MOHAMMED

Professeur ex: enseignant à la faculté
de médecine de Casablanca

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste :
Prothèses, arthroscopie, chirurgie de la main
et nerfs périphériques, pathologie de sport

الدكتور محمد مجتهد

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء



جراحة العظام والمفاصل
جراحة اليد والأعصاب
الطب الرياضي والجراحة بالمنظار

Le :
06/04/2022

Facture

MR AIT KASS BOUJEMAA

Acte	Honoraire
Consultation	300,00 Dh
Infiltration genou droit (importé)	300,00 Dh
Cellular Matrix	3 400,00 Dh
Total	4 000,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
4 000,00 Dirhams

Professeur MOUJTAHID Med
Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie de Sport - Arthroscopie
Chirurgie de la Main des Nerfs
Périphériques
Casablanca - GSM 0661 77 00 81